

Para participar en el programa de vacunas, siga las instrucciones que se explican a continuación.

1° Paso: Llene la SECCIÓN A.

2° Paso: Pida a su proveedor de cuidados o a la enfermera de la escuela que le dé todas las fechas en que ha recibido vacunas.

3° Paso: Escriba esas fechas en la SECCIÓN B.

4° Paso: Tomando en consideración la información que dio en la Sección B, por favor complete la SECCIÓN C.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN PERSONAL		ESCUELA:		
Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección (incluya el # de apartamento, si es pertinente)		Ciudad	Estado	Área postal
Padre/madre/guardián – por favor, escriba en letra de MOLDE.		Número de teléfono durante el día		

SECCIÓN B: HISTORIAL DE VACUNAS	SECCIÓN C: VACUNAS QUE SE NECESITAN
<p>HEPATITIS B (3 inyecciones)</p> <p>____/____/____ ____/____/____ Fecha de inyección 1 Fecha de inyección 2</p> <p>____/____/____ Fecha de la inyección 3</p>	<p>HEPATITIS B: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra la hepatitis B y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Entiendo que es necesario ponerse las 3 dosis para estar completamente protegido. Por medio de la presente eximo a The Wellness Company de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la misma pudiera ocasionar. POR MEDIO DE LA PRESENTE PERMITO QUE A MI HIJO SE LE DÉ LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B: Firma: _____</p>
<p>MMR (2 inyecciones)</p> <p>____/____/____ ____/____/____ Fecha de inyección 1 Fecha de inyección 2</p>	<p>MMR: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra el sarampión – paperas – rubéola (MMR, por sus siglas en inglés) y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Entiendo que es necesario ponerse las 2 dosis para estar completamente protegido. Por medio de la presente eximo a The Wellness Company de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la misma pudiera ocasionar. POR MEDIO DE LA PRESENTE PERMITO QUE A MI HIJO SE LE DÉ LA VACUNA MMR: Firma: _____</p>
<p>TDAP (1 inyección)</p> <p>____/____/____ Fecha de inyección</p>	<p>TDAP: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra el tétano – difteria – tos ferina (TDAP, por sus siglas en inglés) y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Por medio de la presente eximo a The Wellness Company de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la misma pudiera ocasionar. POR MEDIO DE LA PRESENTE PERMITO QUE A MI HIJO SE LE DÉ LA VACUNA TDAP: Firma: _____</p>
<p>MENINGITIS (1 inyección)</p> <p>____/____/____ Fecha de inyección</p>	<p>MENINGITIS: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna antimeningocócica (meningitis) y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Por medio de la presente eximo a The Wellness Company de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la misma pudiera ocasionar. POR MEDIO DE LA PRESENTE PERMITO QUE A MI HIJO SE LE DÉ LA VACUNA CONTRA LA MENINGITIS: Firma: _____</p>
<p>VARICELA (2 inyecciones)</p> <p>____/____/____ ____/____/____ Fecha de inyección 1 Fecha de inyección 2</p> <p>____/____/____ Fecha en la que tuvo varicela</p>	<p>VARICELA: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra la varicela y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Entiendo que es necesario ponerse las 2 dosis para estar completamente protegido. Por medio de la presente eximo a The Wellness Company de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la misma pudiera ocasionar. POR MEDIO DE LA PRESENTE PERMITO QUE A MI HIJO SE LE DÉ LA VACUNA CONTRA LA VARICELA: Firma: _____</p>
<p>POLIO (de 3 a 4 inyecciones)</p> <p>____/____/____ ____/____/____ Fecha de inyección 1 Fecha de inyección 2</p> <p>____/____/____ ____/____/____ Fecha de inyección 3 Fecha de inyección 4</p>	<p>POLIO: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra la polio y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Entiendo que es necesario ponerse de 3 a 4 dosis para estar completamente protegido. Por medio de la presente eximo a The Wellness Company de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la misma pudiera ocasionar. POR MEDIO DE LA PRESENTE PERMITO QUE A MI HIJO SE LE DÉ LA VACUNA CONTRA LA POLIO: Firma: _____</p>

En mi calidad de padre/madre/guardián de _____, estoy de acuerdo de informar a The Wellness Company de cualquier cambio que ocurra en la condición médica de mi hijo, la cual pudiera afectar el que le den la(s) vacuna(s) del programa.

Firma: _____